

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1949

N°
805

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André Daniel GUILLON

Né le 4 Février 1924, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 27 JUIN 1949 19.....

**Contribution à l'étude de la vitesse
de sédimentation, de la réaction de
Vernes à la résorcine, et de
l'haptoglobine en gynécologie**

Président : M. MOCQUOT, *Professeur.*

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII°)
1949

66-1779-

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1949

Nom du Candidat : **GUILLON**

Prénoms : **André Daniel**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

GUILLON (André Daniel)

Contribution à l'étude comparée de la vitesse de sédimentation, de la réaction de Vernes à la résorcine, et de l'haptoglobine en gynécologie. Paris, Lucien Cario, Imp., 1949, in-8° raisin, 80 pages, 12 tableaux.

(Thèse de Médecine (Et.), Paris, 1949, N°).

GUILLON (André Daniel)

Contribution à l'étude comparée de la vitesse de sédimentation, de la réaction de Vernes à la résorcine, et de l'haptoglobine en gynécologie. Paris, Lucien Cario, Imp., 1949, in-8° raisin, 80 pages, 12 tableaux.

(Thèse de Médecine (Et.), Paris, 1949, N°).

GUILLON (André Daniel)

Contribution à l'étude comparée de la vitesse de sédimentation, de la réaction de Vernes à la résorcine, et de l'haptoglobine en gynécologie. Paris, Lucien Cario, Imp., 1949, in-8° raisin, 80 pages, 12 tableaux.

(Thèse de Médecine (Et.), Paris, 1949, N°).

GUILLON (André Daniel)

Contribution à l'étude comparée de la vitesse de sédimentation, de la réaction de Vernes à la résorcine, et de l'haptoglobine en gynécologie. Paris, Lucien Cario, Imp., 1949, in-8° raisin, 80 pages, 12 tableaux.

(Thèse de Médecine (Et.), Paris, 1949, N°).

Nom du Candidat : GUILLOU

Prénoms : André Daniel

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

GUILLOU (André Daniel)

Contribution à l'étude comparée
de la vitesse de sédimentation, de
la réaction de Vénès à la résorcine,
et de l'haptoglobine en gynécologie.
Paris, Lucien Cario, Imp., 1949,
in-8°, raisin, 80 pages, 12 tableaux.
(Thèse de Médecine (Et.), Paris,
1949, N°).

GUILLOU (André Daniel)

Contribution à l'étude comparée
de la vitesse de sédimentation, de
la réaction de Vénès à la résorcine,
et de l'haptoglobine en gynécologie.
Paris, Lucien Cario, Imp., 1949,
in-8°, raisin, 80 pages, 12 tableaux.
(Thèse de Médecine (Et.), Paris,
1949, N°).

GUILLOU (André Daniel)

Contribution à l'étude comparée
de la vitesse de sédimentation, de
la réaction de Vénès à la résorcine,
et de l'haptoglobine en gynécologie.
Paris, Lucien Cario, Imp., 1949,
in-8°, raisin, 80 pages, 12 tableaux.
(Thèse de Médecine (Et.), Paris,
1949, N°).

GUILLOU (André Daniel)

Contribution à l'étude comparée
de la vitesse de sédimentation, de
la réaction de Vénès à la résorcine,
et de l'haptoglobine en gynécologie.
Paris, Lucien Cario, Imp., 1949,
in-8°, raisin, 80 pages, 12 tableaux.
(Thèse de Médecine (Et.), Paris,
1949, N°).

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André Daniel GUILLON

Né le 4 Février 1924, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le..... 19.....

**Contribution à l'étude de la vitesse
de sédimentation, de la réaction de
Vernes à la résorcine, et de
l'haptoglobine en gynécologie**

Président : M. MOCQUOT, Professeur.

DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN, ROUSSY

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BEZANÇON, BRINDEAU,
CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN,
HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE,
LENORMANT, MARION, MULON, OMBREDANNE, ROUSSY, ROUVIÈRE
SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON

DOYEN : LÉON BINET, *Membre de l'Institut*

ASSESEUR : Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (f.f.).
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	{ BROCC.
	{ CADENAT.
	{ MONDOR.
	{ QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (f.f.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	N...
Cliniques médicales	{ BENARD (H.).
	{ CHABROL.
	{ HARVIER.
	{ LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	N...
Cliniques obstétricales	{ LANTUÉJOUL.
	{ LÉVY-SOLAL.
	{ PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FÉY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.

	MM.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin-).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel) . .	RICHEL.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 HALPHEN (*Oto-Rhino-Laryngologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 Mlle J. LÉVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER. DELMAS. DEBEYRE (f.f. DELARUE.	Obstétrique	{ DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Anat. pathologique..	{ M ^{lle} GAUTHIER VILLARS.	Ophtalmologie	OFFRET.
Bactériologie	{ BONNET. FASQUELLE.	Oto-rhino-laryngol...	AUBIN.
Biochimie médicale.	{ ETTORI. SCHAPIRA.	Parasitologie	BRUMPT, L.C.
Dermato-Syphillogra- phie	DEGOS.	Pathologie chirurgic.	{ FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE D'AU- BIGNÉ.
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.	Psychiatrie	BARUK.
Hydrologie	DEBRAY.	Urologie	COUVELAIRE.
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.		{ PADOVANI. PATEL.
Médecine légale	DESOILLE.	Pathologie chirurgic.	{ ROUX. RUDLER. SICARD.
Neurologie	DE SEZE.		

Pathologie expérim..	MERKLEN.	Pédiatrie	{ LAPLANE.
	{ BROUET.		{ MARIE (Jul.).
	CACHERA.	Pharmacologie	CHEYMOL.
	DECOURT.	Physiologie	{ BARGETON.
	DREYFUS (G.)		{ PARROT.
Pathologie médicale.	FAUVERT.	Physique médicale .	DJOURNO.
	GARCIN.	Thérapeutique Agr.	BROUET.
	HAMBURGER.	ch. dens.	
	KOURILSKY.		
	LAMY.		
	LENÈGRE.		
	MARCHAL.		
	MAURIC.		
	{ SOULIE.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS
 RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS
 MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
 HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
 CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Cliniq. chirurgicale.	{ AMELINE.	Clinique médicale ..	{ BARIETY.
	BASSET.		BOULIN.
	DE GAUDART		CHEVALIER.
	d'ALLAINES.		COSTE.
	F. BRENTANO.		{ DE GENNES.
Cliniq. obstétricale .	GATELLIER.		HAGUENEAU.
	{ MENEGAUX.		MOLLARET.
	{ ECALLE.		MOUQUIN.
Clinique ophtalmol. .	LACOMME.		{ TURPIN.
	RENARD.	Clinique O.R.L.	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS
 Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.
 Secrétaire de la Faculté. J. MOREL.
 Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.
 Bibliothécaire en Chef.. A. HAHN.
 Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS,

A MES PARENTS,

*bien faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection filiale.*

A MA FEMME,

avec tout mon amour.

A MON FRÈRE, le Docteur Georges GUILLON,

Chargé de consultation à la Clinique gynécologique
de l'Hôpital Broca

*qui m'inspira ce sujet de thèse. Il fut toujours
pour moi un guide et un aide.*

Toute mon affection.

A MON BEAU-PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur P. MOCQUOT

Professeur de clinique gynécologique
de la Faculté de Médecine de Paris

Membre des Académies de Médecine et de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Ce fut un grand honneur qu'il nous fit en nous accueillant dans son service et en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le prions d'accepter le respectueux témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur M. F. JAYLE

Professeur de Chimie Médicale
de la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*grâce à qui nous avons pu mener à bien ce
travail. Hommage de notre profond respect et
de notre reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur R. PALMER

Chef des Travaux de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Paris

*Toute notre reconnaissance pour les conseils
qu'il nous donna.*

A Monsieur le Docteur A. BESSON
Inspecteur Général des Services d'Hygiène
de la Ville de Paris
Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Depuis notre enfance et dans toutes les
occasions, il nous a conseillé et témoigné une
vive amitié.*

Tous nos remerciements.

A Monsieur J. BAUDET

Toute mon amitié.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Le but de notre travail n'était pas de prouver une spécificité quelconque de la mesure de la vitesse de sédimentation, de la valeur du Vernes résorcine ou du taux d'haptoglobine, spécificité que tous les auteurs s'accordent à nier; mais nous voulions voir qu'elle était leur sensibilité en présence d'affections gynécologiques diverses, inflammatoires ou non, et dans quelle mesure la comparaison de leurs résultats pouvait contribuer au diagnostic étiologique.

Notre Maître, le Professeur MOCQUOT, insiste toujours sur la fréquence des tuberculoses génitales, qui souvent sont méconnues. Aussi nous sommes-nous plus particulièrement orienté vers cette question et pour cette raison la majeure partie des résultats que nous apportons concerne des cas de salpingites.

Nous avons aussi pratiqué ces examens pour des métrites et paramétrites, afin d'en apprécier la sensibilité en présence de lésions inflammatoires peu importantes. Dans certains cas, les résultats de nos examens permirent d'en nier le caractère inflammatoire (kystes de l'ovaire). Enfin, il nous a été donné d'observer quelques cas d'affections diverses : complications de fibrome, môle hydatiforme et chorioépithéliome; étant donné le petit nombre de nos observations, nous n'avons pas pu tirer de conclusions de ces résultats, mais seulement signaler l'étrangeté de certains d'entre eux.

**PRINCIPES, TECHNIQUES
ET
RÉSULTATS DES RÉACTIONS**

Pour limiter les causes d'erreur, nous avons pratiqué ces réactions chez des malades dont la température ne dépassait pas $38^{\circ}5$ et chez lesquelles un traitement de choc (propidon, etc...) n'avait pas été institué dans les jours précédents.

a) Vitesse de sédimentation.

Chez des malades à jeun, avec une seringue de 2 cm^3 bien graduée et étanche, contenant $0,4\text{ cm}^3$ d'une solution de citrate de sodium à 5 %, nous pratiquons une ponction veineuse telle que le volume total prélevé (sang + citrate) soit exactement de 2 cm^3 .

Nous portons ensuite ce sang citraté dans un tube de Westergreen gradué en millimètres. Nous notons la hauteur du plasma surnageant au bout d'une heure et de deux heures.

Nous reportant à la publication de RAPONSKY (*Gazette des Hôpitaux*, 1933, p. 1.393) et aux nombreuses théories qu'il expose relatives aux facteurs susceptibles d'agir sur la vitesse de sédimentation :

1° accélération qui serait favorisée ou dominée :

- par le nombre et le volume des hématies (FRISCH, STARLINGER, RIEUX, etc...),
- par la teneur du plasma en fibrinogène (HUNTER, BLETZ, KAUFMAN),
- par sa teneur en globuline (ADLER, PETSCHACHER);

2° ralentissement ou gêne causée par le volume (RUNSTROEM), la charge électrique des hématies, la richesse du plasma en sérine;

3° absence d'influence due au nombre et au volume des hématies (RACINE, CORDIER, CHAIX), à l'hémoglobine, à la charge électrique (BERZELLER), à la richesse du plasma en urée, cholestérol, sucre, nous avons décidé, devant ces théories souvent contradictoires, de donner tous nos résultats en valeur absolue, sans tenir compte de la numération globulaire ni des autres facteurs sanguins susceptibles peut-être de les influencer.

Nous sommes ainsi arrivé à considérer comme pathologique une vitesse de sédimentation supérieure à 8 à la fin de la première heure, et 20 à la fin de la seconde heure.

b) Réaction de Vernes à la résorcine.

Il s'agit d'une réaction de floculation de la résorcine par le sérum sanguin dont on mesure l'importance au photomètre. Dans une petite cuve en verre, on mélange en parties égales (au moins 0,6 cm³, et en pratique 1 cm³) chacun de ces deux produits. Immédiatement après le mélange, une première lecture est effectuée, une deuxième quatre heures après. On fait la différence entre les deux nombres. Chez les sujets sains, celle-ci ne dépasse pas 30. D'après VERNES, elle serait déjà suspecte entre 25 et 30.

c) Haptoglobine.

M. le Professeur M. F. JAYLE, que nous tenons à remercier d'avoir fait effectuer dans son laboratoire nos dosages d'haptoglobine, a, dans un mémoire présenté à la séance du 26 novembre 1942 à la Société de Biologie (*Annales de Biologie Clinique*, n° 1, janvier 1943, p. 2-7), défini en ces termes les principes et la technique du dosage de l'haptoglobine :

« On sait que l'eau oxygénée et les peroxydes qui en dérivent ont la propriété d'oxyder l'acide iodhydrique selon la réaction



Mais cette réaction, qui évolue spontanément à un pH voisin de 2, devient à peu près nulle quand le pH s'élève au-dessus de 3,5; en conséquence, il n'y a pas d'iode libérée. Il est alors nécessaire de faire intervenir un catalyseur, dont il existe un certain nombre de modèles connus sous le nom de peroxydasiques. »

L'haptoglobine appartient à cette variété, en ce sens qu'elle active le pouvoir de l'hémoglobine d'accélérer l'oxydation de l'acide iodhydrique par un hydroperoxyde d'alcool. La vitesse de la catalyse est proportionnelle à la concentration du catalyseur. Cette vitesse, dans le cas qui nous occupe, est exprimée par la quantité d'iode N/100 libérée dans un temps fixé à 5 minutes et dosée par de l'hyposulfite de sodium.

M. le Professeur JAYLE, ayant procédé à plusieurs milliers de dosages, est arrivé actuellement aux conclusions suivantes :

- les taux normaux d'haptoglobine sont compris entre 0,30 et 1,30;
- pour une même personne, le taux d'haptoglobine est constant, sauf en cas d'atteinte pathologique, et ne varie que de 0,10 à 0,20.

N. B. — Nous utiliserons les abréviations suivantes :

- vitesse de sédimentation pour : mesure de la vitesse de sédimentation;
- Vernes pour : valeur de la réaction de Vernes à la résorcine;
- haptoglobine pour : taux d'haptoglobine.

Nous emploierons aussi quelquefois le terme positif à la place de supérieur à la normale.

MÉTRITES

Chez 14 malades présentant une exocervicite ou une endocervicite sans autre lésion génitale, nous avons fait les trois examens, soit par curiosité, soit parce que les antécédents nous y incitaient particulièrement : péritonite appendiculaire avec drainage (1 cas), fistule anale cicatrisée (1 cas), salpingite (2 cas), aménorrhée (1 cas), tuberculose pulmonaire (1 cas).

Nous avons constaté :

que jamais la réaction de Vernes à la résorcine n'a été positive (tous les résultats sont compris entre 1 et 20) ;

que deux fois la vitesse de sédimentation a été légèrement accélérée : 11-23 et 8-20, mais dans ce dernier cas il y avait des antécédents de tuberculose pulmonaire indiscutables ;

que trois fois le taux d'haptoglobine était supérieur à la normale : 1,75, 1,85 et 1,70 (cas de tuberculose signalée précédemment).

Dans un cas les résultats de vitesse de sédimentation et de l'haptoglobine coïncident ;

dans un deuxième cas, seule la vitesse de sédimentation est anormale ;

dans deux autres, seule l'haptoglobine est augmentée.

Il ressort de ces résultats que la réaction de Vernes ne donne aucun renseignement ; dans 15 % des cas la vitesse de sédimentation est légèrement accélérée, dans 27 % des cas le taux d'haptoglobine est augmenté.

ENDOMÉTRITES TUBERCULEUSES

Nous avons pu réunir 10 observations d'endométrite tuberculeuse. Sur 10 de ces cas, 2 seulement montraient des antécédents tuberculeux personnels certains : l'un une péritonite tuberculeuse survenue deux ans et demi auparavant; l'autre une pleurésie à l'âge de 12 ans. Cette dernière présentait aussi une gonoréaction positive.

50 % de ces malades sont venues consulter pour une aménorrhée toujours secondaire qui durait depuis un temps fort variable, trois mois à sept ans. Dans les cinq autres cas, c'était pour stérilité primaire remontant souvent à de nombreuses années (huit à dix ans).

Deux fois sur dix nous avons trouvé une petite réaction annexielle, mais qui n'avait jamais un caractère aigu. Une de ces malades présentait une gonoréaction positive.

Comment avons-nous pu porter le diagnostic d'endométrite tuberculeuse? Ce n'est ni par la vitesse de sédimentation, ni par la réaction de Vernes à la résorcine, ni par le taux de l'haptoglobine. C'est uniquement par la biopsie d'endomètre. Dans les dix cas la biopsie a montré une infiltration nodulaire avec cellules géantes, la présence de cellules épithélioïdes et une réaction lymphoplasmocytaire. L'inoculation au cobaye d'un fragment de muqueuse n'a été pratiquée que quatre fois; elle a été positive dans tous les cas.

Chez quatre de ces malades, une radiographie pulmonaire a été faite; elle n'a décelé qu'une exagération de la trame bronchique.

Trois de ces malades avaient eu des insufflations tubaires. On avait obtenu soit une courbe de sténose, soit un passage

bilatéral, avec : pour l'une, un spasme au début, pour l'autre, une absence de douleur scapulaire. Chez une quatrième, une hystérosalpingographie avait révélé des trompes injectées sans diffusion péritonéale.

Enfin, chez ces dix malades, les examens : vitesse de sédimentation, Vernes, dosage d'haptoglobine, ont donné les résultats suivants :

N°	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G. R.
1	6 16 4-8	13	1.08	—
2	3,5-7	15	0.40	—
3	8-15	24	1.5	— —
4	4-8	18	1.02	—
5	9-22	14	1.60	—
6	4-7	36	—	—
7	2-5	16	0.65	— —
8	10-22	18	1.20	—
9	3-9	—	—	—
10	8-15 3-5	8 8	0.90	—

On constate :

- que deux malades avaient une vitesse de sédimentation à la limite de la normale ou légèrement accélérée, au maximum 10-22;
- que la réaction de Vernes a été positive une fois (36) ; toutes les autres étaient comprises entre 8 et 24;
- que l'haptoglobine a été positive deux fois (1,5 et 1,6).

Dans un cas, la vitesse de sédimentation et l'haptoglobine étaient en même temps pathologiques.

Dans un cas, seule la vitesse de sédimentation était anormale.

En résumé, en cas d'endométrite tuberculeuse, nous constatons que la vitesse de sédimentation, le Vernes, l'haptoglobine ne corroborent le diagnostic que dans 10 à 25 % des cas, selon la réaction, et que seuls les antécédents (aménorrhée, stérilité) et surtout la biopsie d'endomètre permettent de le poser.

PARAMÉTRITES

N ^o	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G. R.
1	6-12	2	0.70	—
2	9-22	9	1.45	
3	7-24	12	1.	
4	2-8	12		—
5	2-7	22		—
6	2-4	13	1.10	+
7	4-9	20	0.70	
8	6-15	28	0.58	—
9	2-5	16	0.53	+ —
10	5-9	14	0.70	
11	4-11	9	0.82	—
12	4-10			+ —
13	32-62	1	2.25	—
14	22-58	53	1.4	—
15	72-112	73	2.53	—
	25-60	3	1.75	
16	3-7	22	0.35	—
17	3-8	7	1.03	—
18	2-4	11	1.03	—
19	3-8	15	1.1	—
20	6-11	1	1.3	—
21	1-4	8	0.82	—
22	2-8	3		—
23	2-5	20	0.30	—
24	3-9			
25	6-20	22		

Ces malades sont venues consulter le plus souvent pour des douleurs pelviennes accompagnées de leucorrhée, ou parfois pour des ménométrorragies. L'examen génital révélait chez elles des culs-de-sac bridés sans perception de masses annexielles, une mobilisation utérine douloureuse. Il est à remarquer que 30 % de ces malades présentent dans leurs antécédents soit des fausses couches, soit des accidents infectieux du postpartum.

Chez ces 25 malades :

- 3 fois la vitesse de sédimentation est nettement accélérée, et 3 fois légèrement;
- 5 fois le taux d'haptoglobine est supérieur à la normale;
- 2 fois le Vernes à la résorcine dépasse nettement 30, 1 fois il est compris entre 25 et 30;
- 1 fois la gonoréaction est positive, 2 fois douteuse.

En comparant ces différents résultats, nous notons une concordance presque parfaite entre le taux d'haptoglobine et la vitesse de sédimentation; dans les mêmes cas, ces deux tests sont supérieurs à la normale. Par contre, le Vernes n'est positif que dans le cas où la vitesse de sédimentation et le taux d'haptoglobine sont très augmentés; dans un cas où il est douteux, la vitesse de sédimentation et l'haptoglobine sont normaux.

En résumé, dans environ 25 % des cas, haptoglobine et vitesse de sédimentation permettent de vérifier qu'il s'agit d'un processus évolutif et d'en suivre la marche.

ANNEXITES SANS MASSES
ANNEXIELLES

N°	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G. R.
1	2—7	8	1.	+ —
2	3—10	23	1.35	+
3	5—10	8		+
4	5—16	20		—
5	1—3	20	0.90	
6	5—12	26	1.90	—
7	22—47	18	1.50	—
8	6—14	11		—
9	8—17	3	1.45	+
10	17—35	16	1.50	
11	9—19	41	2.4	—
12	6—15	28	1.64	—
13	1—3	9	1.4	—
14	15—36	23	1.4	+ —
15	4.5—13	30		—
16	2—4	22	1.	

Dans 16 cas d'annexites sans masses annexielles (culs-de-sac douloureux et parfois bridés, annexes non augmentées de volume mais sensibles), nous avons pratiqué les mêmes examens :

Dans 40 % des cas, ces annexites sont survenues à la suite d'une fausse couche ou d'un accouchement; dans 15 % des cas, ce sont des métrorragies qui ont amené les malades à consulter. Nous sommes aussi frappé par le nombre des gonoréactions positives, puisque leur proportion s'élève à 38 %.

L'haptoglobine se révèle être un des meilleurs tests biologiques de l'annexite sans masse annexielle, puisque sur 12 dosages d'haptoglobine, 9 (75 %) ont une valeur supérieure à la normale.

Sur 16 mesures de la réaction de Vernes, celle-ci ne fut qu'une fois supérieure à 30 (41) ; nous remarquons toutefois

que dans 3 cas sur 15, elle a atteint ou dépassé le chiffre de 25, considéré comme le début de la zone douteuse, soit dans 6,2 % des cas un résultat franchement positif, et dans 19 % des cas une réponse suspecte.

Enfin, sur 16 mesures de la vitesse de sédimentation, nous n'enregistrons que 3 résultats où elle est nettement accélérée. La vitesse de sédimentation semble être la mesure la moins sensible, puisque dans 19 % des cas seulement elle témoigne de l'évolution du processus inflammatoire.

En résumé, chez une malade présentant des culs-de-sac peu souples, des annexes perceptibles non augmentées de volume mais douloureuses, il est indispensable de faire une gonoréaction qui bien souvent permet de préciser le germe en cause, que des prélèvements répétés n'ont pas toujours pu mettre en évidence. Le dosage de l'haptoglobine, la mesure du Vernes résorcine et de la vitesse de sédimentation indiqueront par ailleurs, non seulement si l'affection est encore en poussée inflammatoire, mais de plus permettront, par des dosages répétés, de suivre son évolution.

SALPINGITES

SALPINGITES TUBERCULEUSES

Nous avons pu affirmer le diagnostic de salpingite tuberculeuse chez 15 malades, soit par la coélioscopie, soit à l'intervention, soit par l'examen anatomopathologique des pièces opératoires.

N°	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G R.
1	55-105	40	4.65	—
2	36-66	73		
		82	2.8	
3	32-87	47	5.2	
4	11-50	36		
5	5-16	14	0.90	
6	47-82	35	2.	—
7	37-70		4.	—
	47-80	87	4.5	
8	2-4	27	1.5	—
9	17-45	21	1.03	
	8-21	33	0.63	
10	14-25	9	1.45	
	4-8	15	1.70	
11	21-58	2	1.85	—
12	2-5	26	0.77	+
13	6-11	16	1.	—
14	2-5	5	1.	—
15	3-7	6	0.63	—

Dans 55 % des cas, nous avons retrouvé des antécédents tuberculeux : 7 de pleurésie, 2 de pelvipéritonite tuberculeuse, 1 de tuberculose pulmonaire parenchymateuse.

Nous avons subdivisé ce chapitre en :

- salpingites tuberculeuses aiguës (cas 1 à 7) : masses annexielles importantes, avec parfois même réaction pelvipéritonéale;
- salpingites tuberculeuses subaiguës (cas 8 et 9) : annexes légèrement augmentées de volume, douloureuses;
- salpingites tuberculeuses latentes, réveillées par insufflation ou hystéro-salpingographie (cas 10 et 11) ;
- salpingites tuberculeuses latentes (cas 12 et 15), annexes cliniquement normales ou très légèrement augmentées de volume, sans signes infectieux évolutifs.

Dans les salpingites tuberculeuses aiguës, la vitesse de sédimentation s'est montrée dans l'ensemble (6 fois sur 7) nettement accélérée; le Vernes résorcine était fortement positif dans 2 cas, positif dans 3 cas, négatif 2 fois; l'haptoglobine dépassait 2,6 dans 4 cas, était à 2 dans 1 cas, et normal dans 1 cas. Il est assez étonnant de constater que dans le cas 5, où il s'agissait de lésions annexielles avec pelvipéritonite bacillaire, les 3 réactions se soient montrées normales.

Dans les salpingites tuberculeuses subaiguës, la vitesse de sédimentation était normale ou accélérée, le Vernes résorcine dans la zone douteuse, l'haptoglobine normal ou légèrement augmenté. Les deux cas que nous rapportons ont été découverts par l'examen anatomopathologique des pièces opératoires.

Les cas 10 et 11 sont des réveils de salpingites tuberculeuses, l'un après insufflation, l'autre après hystérosalpingo-

graphie. La vitesse de sédimentation était nettement accélérée, l'haptoglobine légèrement augmenté (compris entre 1,4 et 1,90) ; le Vernes résorcine, par contre, était négatif.

Les lésions tuberculeuses des 4 derniers cas, qui correspondent à 4 cas de stérilité par obturation tubaire, furent diagnostiquées 3 fois par la coélioscopie, 1 fois au cours de l'intervention chirurgicale. La vitesse de sédimentation était toujours normale, ainsi que l'haptoglobine ; une seule fois le Vernes résorcine était douteux.

De ces résultats, il ressort que, comme dans les endométrites tuberculeuses, les différentes réactions pratiquées ne permettent pas de faire le diagnostic étiologique dans les formes latentes. Nous n'avons pas relevé non plus dans les formes subaiguës ou les formes latentes réveillées secondairement des résultats qui puissent orienter le diagnostic vers la tuberculose. En effet, ils sont comparables aux résultats constatés dans les annexites banales. Dans les formes aiguës, par contre, ces différentes réactions se sont montrées très anormales, en particulier le Vernes résorcine et l'haptoglobine, qui ont fourni des chiffres nettement plus élevés que ceux trouvés dans les salpingites banales (dans 70 % des cas, Vernes supérieur à 35, et haptoglobine au-dessus de 2,6).

SALPINGITES PRÉSUMÉES TUBERCULEUSES

Nous avons groupé dans ce paragraphe des salpingites dont l'étiologie exacte n'a pas pu être vérifiée par coelioscopie ou examen anatomopathologique, mais chez lesquelles la clinique, l'échec du traitement des salpingites banales (glace, propidon, sulfamides, pénicilline), l'amélioration obtenue par contre par l'antigène méthylique, le calcium, la vitamine D, nous orientaient vers ce diagnostic.

Dans 43 % des cas, ces malades présentaient des antécédents certains de tuberculose.

N°	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G. R.
1	50—85	90	3.65	
	7—23	17	0.90	
	6—13	10	0.90	
2	39—77	85	3.2	
	29—59	37	2.15	
	33—58			
	11—35	4	1.1	
	10—22	2	1.3	
	5—10			
3	108—140	62	3.28	—
4	28—73	45	3.	
5	3—9	26	1.06	
6	24—60	18		—
	13—34			
7	45—80	111	2.80	—

Comme dans les salpingites tuberculeuses aiguës, la vitesse de sédimentation s'est montrée très accélérée, le Vernes résorcine nettement élevé, en général supérieur à 40, et l'haptoglobine supérieur à 2,6. Dans un seul et même cas, vitesse de sédimentation et haptoglobine étaient normaux, le Vernes résorcine douteux.

SALPINGITES NON TUBERCULEUSES

N°	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G. R.
1	4-11	1	1.03	—
2	28-58	3	1.67	—
	16-59	7	1.4	—
3	5-12	4	1.08	—
	3-7	4	0.75	—
4	17-40	4	2.05	—
5	14-38	5	1.08	—
6	9-21	8	1.23	—
7	2-7	9	0.50	—
	3-9	9	0.32	—
8	3-7	11	1.42	—
9	19-49	11	1.35	—
10	70-104	11	4.4	—
11	10-23	12	1.3	+
12	3-5	14	1.03	—
12	5-12	15	0.2	—
14	2-5	15	1.45	—
15	7-20	17	1.55	—
16	18-42	17	2.3	+
17	20-43	19	1.02	—
18	5-16	19	—	—
19	10-22	20	—	—
20	25-60	20	1.97	—
21	23-52	20	—	—
22	23-40	21	1.34	—
23	32-65	22	1.88	—
	5-11	24	—	—
24	2-8	23	0.57	— +
25	—	24	0.94	—
	6-17	20	—	—
26	6-13	24	1.12	—
27	1-3	27	0.75	—
28	10-24	28	2.02	—
29	5-9	33	0.75	—
30	7-20	37	0.85	—
31	40-73	40	—	—
32	11-25	42	1.75	—
33	39-60	51	2.53	—
34	77-112	72	4.4	—
35	74-120	89	2.13	—
36	43-79	113	4.15	—
37	105-131	134	7.	—
	105-127	115	5.68	—
	59-98	99	—	—

Nous avons pratiqué le classement de nos résultats en fonction de la valeur du Vernes résorcine, car dans la plupart des cas il était normal, ou dans la zone douteuse (2 cas), ou faiblement positif (3 cas). Dans 6 cas seulement (32 à 37) il s'est montré supérieur à 40. Il faut distinguer parmi ceux-ci :

- les cas 32 et 36, où l'examen de la pièce anatomique n'écartait pas de façon formelle la possibilité d'une lésion tuberculeuse;
- les cas 33 et 35, où cet examen ne fut pas pratiqué; dans le cas 35 il existait des antécédents de tuberculose pulmonaire traitée par un pneumothorax entretenu pendant neuf ans;
- dans le cas 34, il s'agissait d'une malade traitée déjà depuis plusieurs mois pour salpingite, mais chez qui le traitement habituel (antibiotiques, vaccin) n'avait apporté aucune amélioration. Un prélèvement cervical pratiqué au début de l'affection avait montré l'existence d'une gonococcie. Cette malade n'a pas pu être suivie et est sortie du service quelques jours après son admission;
- dans le cas 37, on se trouvait en présence d'une salpingite bilatérale avec endométriose tubaire d'un côté chez une malade ayant vécu longtemps aux colonies. Elle y avait contracté une amibiase et du paludisme qui se réveillaient encore de temps à autre. Peut-être faut-il chercher là l'explication des chiffres particulièrement élevés que fournissaient les trois réactions.

On constate par ailleurs que vitesse de sédimentation et haptoglobine varient parallèlement. Dans 24 cas (65 %) la

vitesse de sédimentation est accélérée, très fortement dans 9 de ces cas (on retrouve parmi ceux-ci les 5 cas 33 à 37). Dans 15 cas, l'haptoglobine est comprise entre 1,3 et 2,6; dans 4 cas, entre 2,6 et 7 (parmi ceux-ci figurent les cas 33, 34, 36, 37).

De la comparaison de ces différents résultats, nous croyons pouvoir conclure que dans les salpingites considérées comme non tuberculeuses, la vitesse de sédimentation est le plus souvent moyennement accélérée, l'indice d'haptoglobine compris entre 1, 3 et 2,6, le Vernes résorcine entre 1 et 30. Lorsque les résultats dépassent ces nombres, il semble qu'il faille envisager l'éventualité d'une lésion tuberculeuse ou d'un autre facteur infectieux concomitant.

HYDROSALPINX

N°	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G. R.
1	4—9	6	1	—
2	3—7	40	0.75	+
3	5—20	1	1.50	
4	5—9	29	1.40	—
5	7—18	26	2.23	+
6	28—60	19	1.93	+
	1—3	6	0.68	
	2—7	7	0.80	
7	52—90	113	2.8	
	58—96	91	3.75	
8	18—45	13	1.45	+
	28—62	5		
	5—14	9	0.38	
9	8—20	15	0.98	—
10	2—6	21	0.38	—

Nous rapportons les résultats obtenus chez 10 malades porteuses d'hydrosalpinx uni ou bilatéral (le diagnostic fut confirmé huit fois par l'intervention, la coélioscopie ou l'hystérosalpingographie, deux fois il fut affirmé par le seul examen clinique).

Les cas 1, 2, 3 et 4 concernent des hydrosalpinx sans poussée inflammatoire aiguë :

- la vitesse de sédimentation n'est faiblement accélérée qu'une fois;
- le Vernes résorcine est douteux une fois, positif une fois;
- l'haptoglobine est légèrement élevé dans deux cas (1,40 et 1,50).

Les cas 5, 6, 7, 8 des hydrosalpinx présentant une poussée inflammatoire :

- dans tous les cas la vitesse de sédimentation est accélérée;
- une fois le Vernes résorcine est douteux, une fois il est positif;
- l'haptoglobine est supérieur à la normale dans les quatre cas (trois fois entre 1,45 et 2,3, une fois supérieur à 2,6).

Il est à remarquer que, dans les cas 5, 6, 7 et 8, trois fois la gonoréaction était positive; le quatrième cas était probablement un réveil de tuberculose annexielle. C'est lui qui a fourni les chiffres les plus anormaux (Vernes : 91 et 113; haptoglobine : 2,8 et 3,75; V.S. : 50-90).

Les cas 9 et 10 suspects d'hydrosalpinx fournissent des résultats semblables aux cas 1, 2, 3, 4.

HÉMATOSALPINX

Quatre malades, hospitalisées dans le service et opérées, présentaient un hématosalpinx confirmé par l'examen de la pièce opératoire. Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants :

N°	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G. R.
1	43—79	8	3	—
2	12—20	20	0.35	—
3	55—99	36		+
4	5—11	4	0.68	—

Les cas 1 et 2 concernent des malades ayant subi un curetage, suite de fausse couche. A la suite de celui-ci s'était installée une obturation du canal cervical.

Les cas 3 et 4 intéressent des salpingites bâtarde avec réaction inflammatoire hémorragique.

La vitesse de sédimentation, le Vernes et l'haptoglobine, très différents d'un cas à l'autre dans un même groupe, ne permettent de tirer aucune conclusion, étant donné le petit nombre de nos observations.

KYSTES DE L'OVAIRE

Nous avons divisé ce chapitre en :

- kystes de l'ovaire non compliqués,
- complications des kystes de l'ovaire,
- kystes dermoïdes de l'ovaire.

a) **Kystes de l'ovaire non compliqués.**

N°	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G. R.
1	13-29	28	1.62	
2	15-32	32	3	
3	8-20	26	2.28	—
4	17-38	9	1.67	
5	5-9	20	0.65	
6	2-4	25	0.60	—
7	2-8	24	0.89	
8	7-18	14	1	—
9	3-6	16	1.37	—
10	4-7	9	0.93	—
11	2-4	8	0.08	—
12	3-6	8	0.95	+
13	4-12	3	0.98	
14	5-10			—
15	2-6	9		—
16	3-6	18	1	
17	3-8	10	0.12	

Dans 3 cas (1, 2, 3), vitesse de sédimentation, Vernes résorcine et haptoglobine sont dans la zone pathologique. Il s'agit en fait de kystes de l'ovaire avec lésion inflammatoire de l'autre annexe.

Dans 1 cas (4), vitesse de sédimentation et haptoglobine sont anormaux; l'intervention a montré l'existence d'une péri-tonite tuberculeuse concomitante.

Dans 2 cas enfin, on trouve soit un Vernes douteux (1 fois : 6), soit une haptoglobine supérieure à 1,30 (1 fois : 9).

Dans tous les autres cas, les résultats sont normaux.

b) Complications des kystes de l'ovaire.

Nous avons rangé dans cette catégorie :

- les kystes hématiques (1),
- les kystes végétants (2 et 3),
- les kystes suppurés (4 et 5).

N ^o	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G. R.
1	73—119	41	3.04	—
2	98—150	75		—
2	70—110	90	5.25	
4	55—100	24	2.6	
5	70—117	118	4.10	

La vitesse de sédimentation a toujours été extrêmement accélérée.

Le Vernes résorcine supérieur à 40 dans 4 cas.

L'indice d'haptoglobine supérieur à 2,6 dans les 4 cas où il a été mesuré; dans le cas n° 3, où il était à 5,25, le kyste était à la fois végétant et suppuré.

c) Kystes dermoïdes de l'ovaire.

Nous n'avons eu dans nos observations qu'un seul cas de kyste dermoïde :

vitesse de sédimentation : 4-12;

Vernes : 25;

Haptoglobine : 0,87.

En conclusion, il semble que, dans un cas de kyste de l'ovaire, des résultats anormaux dans trois ou dans au moins deux des réactions pratiquées doivent faire rechercher une autre cause infectieuse ou une complication de ce kyste.

TUMEURS

Nous avons eu l'occasion de pratiquer les mêmes examens dans quelques cas de fibromes non compliqués : la vitesse de sédimentation était légèrement accélérée, les autres résultats normaux.

Dans trois cas de fibromes compliqués (deux de nécrobiose et un de pyohématomètre), la vitesse de sédimentation était accélérée, le Vernes résorcine positif (entre 30 et 40), l'haptoglobine compris entre 3 et 5.

Il nous a été donné d'observer aussi un cas de môle hydatiforme (1) et un cas de chorioépithéliome, suite de môle (2). Nous avons été frappés par les résultats, que nous rapportons ci-dessous :

N°	Vit. Sed.	Vernes	Hapt.	G. R.
1	10—27	3	0.18	—
2	12—32	1	0.	—
	30—67	52	2.53	

Dans les deux cas, le taux d'haptoglobine est extrêmement bas (nul même dans le cas de chorioépithéliome), le Vernes résorcine très bas, la vitesse de sédimentation légèrement accélérée.

Les mêmes examens ont été pratiqués deux fois dans le cas de chorioépithéliome. La deuxième fois peu avant l'exitus, quatre mois après l'intervention chirurgicale et la radiothérapie.

Nous n'avons trouvé ce syndrome humoral dans aucune autre affection gynécologique, ni au cours de la grossesse, ni dans d'autres variétés de cancer; mais, étant donné le très petit nombre de cas que nous avons pu observer, ces résultats demandent à être confirmés ou infirmés avant d'en tirer des conclusions valables.

RÉCAPITULATION

Nous avons réuni dans un même tableau les chiffres moyens de chacune des trois réactions et le pourcentage de résultats anormaux correspondant à chaque affection.

	Vitesse sédimentation			Vernes resorcine				Haptoglobine		
	moy.	20/30	+ 30	moy.	25/30	30/40	+ 40	moy.	1.3/2.6	+ 2.6
		%	%		%	%	%		%	%
Metrites	4—9	45		44				4	27	
endo-Tub.....	6—12	20		16		10		1.04	25	
aram.	8—18	42	42	48	4		8	1.04	26	
ann. S.M.	7—16		49	49	49		6.2	1.45	75	
alp. Tub. aiguës ...	33—69		86	43		28	43	3.35	47	66
subaiguës	9—24		50	26	100			1.28	50	
lat Rev.	17—44	50	50	5.5				1.65	100	
latentes	3—7			43	25			0.85		
alp. Pres. tub.	42—75		86	62	14		71	2.85		83
alp. Non tub. 1 à 31	14—29	49	39	48	6	9		1.36	45	4
32 à 36	48—78	20	80	73			100	3	60	40
Hydros sans inf....	4—12	33		49	47	47		1	33	
avec inf....	26—53		75	43	25		25	2.4	75	25
Ov. non comp.	4—7			44	8			0.78	9	
inf. Gen. ..	13—32	50	50	24	50	25		2.14	75	25
comp.	73—119		100	70			80	3.75		100
Fibromes non comp.	10—27	100		42				0.9		
comp.	45—75		100	37		100		3.84		100

La vitesse de sédimentation n'est nettement accélérée (supérieure à 30 à la deuxième heure) que lorsqu'il s'agit d'affections gynécologiques infectieuses, évolutives et assez étendues, telles que les salpingites, les surinfections d'hydrosalpinx, les complications des kystes de l'ovaire et des fibromes. Dans les affections localisées, ou subaiguës, ou chroniques, elle est normale dans la majeure partie des cas, ou légèrement - accélérée.

Nous avons distingué les valeurs du Vernes résorcine comprises : entre 25 et 30 (douteux),
entre 30 et 40,
supérieures à 40.

1° Entre 25 et 30, toutes les affections gynécologiques fournissent un pourcentage plus ou moins élevé (entre 10 et 50 %) de Vernes résorcine douteux, sauf toutefois les fibromes, les métrites et les salpingites tuberculeuses latentes réveillées, où il s'est toujours montré normal, et les salpingites tuberculeuses aiguës et les complications de fibromes, où il est toujours positif.

2° Entre 30 et 40, seules les endométrites tuberculeuses, les salpingites tuberculeuses aiguës, les hydrosalpinx latents, les salpingites non tuberculeuses et les complications des fibromes donnent des valeurs du Vernes résorcine comprises entre ces deux nombres, avec toutefois un pourcentage plus important dans ces deux dernières affections.

3° Supérieures à 40 — mis à part les paramétrites, les annexites sans masses annexielles, qui n'entrent dans cette catégorie que pour moins de 10 % des cas — seules les salpingites tuberculeuses (43 %) ou présumées tuberculeuses (71 %), les complications de kystes de l'ovaire (100 %), les hydrosalpinx avec poussées inflammatoires (25 %) fournissent des valeurs du Vernes résorcine supérieures à 40. Certaines salpingites étiquetées non tuberculeuses donnent aussi un résultat analogue, mais nous devons rappeler ici que, dans une proportion de 80 % des cas, ce sont celles dont l'étiologie non tuberculeuse n'a pas été écartée de façon absolue ou n'a pas été vérifiée.

Nous avons classé les résultats de l'haptoglobine en deux groupes :

- 1° Entre 1,3 et 2,6;
- 2° Supérieurs à 2,6.

Toutes les affections gynécologiques que nous avons étudiées, sauf les salpingites tuberculeuses latentes et les fibromes, donnent dans une proportion variable des taux d'haptoglobine plus élevés que normalement. Toutefois, seules les salpingites aiguës tuberculeuses ou présumées tuberculeuses, les complications des kystes de l'ovaire et des fibromes donnent, dans au moins 66 % des cas, un résultat supérieur à 2,6, tandis que les hydrosalpinx avec poussées inflammatoires et les salpingites non tuberculeuses n'entrent dans cette catégorie que dans 25 % et 4 % des cas. Dans les cinq cas de salpingites considérées comme non tuberculeuses, mais dont nous avons déjà discuté l'étiologie, l'haptoglobine était compris entre 1,3 et 2,6 dans 60 % de ces cas, et supérieur à 2,6 dans 40 % de ceux-ci.

CONCLUSIONS

En pratique, la vitesse de sédimentation, le Vernes résorcine et l'haptoglobine présentent en gynécologie le même intérêt que dans toutes les affections générales auxquelles ils sont habituellement appliqués :

1° Mettre en évidence le caractère évolutif d'un état infectieux (salpingites, hydrosalpinx avec poussée inflammatoire). Dans les syndromes douloureux d'origine annexielle, seul le taux d'haptoglobine peut aider à discerner une annexite sans masse annexielle d'un phénomène congestif. Dans les lésions génitales peu étendues (métrites, endométrites tuberculeuses, paramétrites), aucune de ces trois réactions ne traduit le caractère infectieux de celles-ci;

2° Suivre l'évolution du processus inflammatoire.

Mais il nous a paru, de plus, que certains résultats présentaient un intérêt particulier.

Lorsque le Vernes résorcine est supérieur à 40 et l'haptoglobine supérieur à 2,6, il semble qu'il faille envisager :

- dans les salpingites aiguës, la vraisemblance d'une étiologie tuberculeuse;
- dans les tumeurs préexistantes (kystes de l'ovaire, fibromes), une complication (dégénérescence, infection, nécrobiose).

VU : le Doyen,

Pour le Doyen
l'Assesseur,
VERNES

VU : le Président de thèse,

MOCQUOT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

le Recteur de l'Académie de Paris :

SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- COTTE G., M^{lle} ROTH et DURAND. — 1933. *La Gynécologie*, juin. Sur la valeur de la sédimentation globulaire en gynécologie.
- DODDS and F. L. RELFER. — 1930. *Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp.*, p. 286-299. Value of sedimentation test in obstetric and gynecology.
- GUEISSAZ. — 1923. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, mai. Sur l'épreuve de la vitesse des globules rouges.
- JAYLE M. F. — 1940. *Compte rendu Académie des Sciences*, n° 211, p. 574-576. Evaluation moléculaire de l'haptoglobine par une réaction enzymatique de peroxydation.
- JAYLE M. F. — 1943. *Annales de Biologie Clinique*, n° 1, p. 2-7. Principes, technique de dosage et étude clinique de l'haptoglobine.
- LAFFARGUE P. — 1948. *L'Algérie Médicale*, n° 5, p. 261-268. Tuberculose génitale latente de la femme. Sa fréquence. Intérêt de la biopsie d'endomètre.
- NEUHANS W. et H. GUTHMANN. — 1935. *La Gynécologie et La Semaine des Patriciens Réunis*, septembre. Avec quelle précision la vitesse de sédimentation globulaire permet-elle de juger les affections génitales inflammatoires?
- POLONOWSKY M. — 1945. *Presse Médicale*, n° 2, p. 18. Sur la signification des valeurs basses de l'haptoglobine.
- RAPONSKY. — 1933. *Gazette des Hôpitaux*, p. 1.343. La sédimentation sanguine, phénomène colloïdal.

- RENWA E. — 1938. *Bulletin Société Gynécologie et Obstétrique*, n° 6, p. 413. Contribution à l'étude de la vitesse de sédimentation globulaire en gynécologie.
- SCHAECHTER et AEKLEIN. — 1934. *Bulletin Médical*, p. 693. Etude critique de la vitesse de sédimentation globulaire.
- SIRJEAN G. — 1930-31. *Thèse Alger*. Contribution à l'étude de la réaction de Vernes à la résorcine; ses rapports avec la puerpéralité.
- TROISIER, POLONOWSKY M., JAYLE M. F. et BRISSAUD. — 1940. *Bulletin Académie de Médecine*, n° 125, p. 239. Indice de prosaptoglobulinémie chez les tuberculeux.
- TURRIES M. — 1926. *Gazette des Hôpitaux*, p. 101. La sédimentation des hématites. Etat actuel de la question.

